



ADATSA/ADULT ASSESSMENT
REFERRAL
ADATSA/成人评估介绍表

提供介绍的社区服务办公室 (CSO)

日期

第一部分: 身份资料

1. 患者姓名: 姓 名 中间名字

2. 生日

3. 患者ACES 编号

4. 性别:

☐ 男 ☐ 女

5. 社会保险号码

6. 患者电话或留言号码

7. 英文程度有限?

☐ 是 ☐ 否 第一语言:

8. 地址: 街

市

州

邮编

第二部分: 评估约见资料

1. 评估中心/机构名字

2. 电话号码

3. 地址

4. 约见日期

5. 约见时间

请注意: 约见时请带上本表格和其他附件。如不守约, 你可享受的好处有可能被拒绝给予、推迟或终止。不接受评估中心提出的治疗方案就等于拒绝治疗, 可能导致被拒绝、中止和制裁。如果你对治疗要求有任何疑问, 请向社区服务办公室的工作人员询问。

第三部分: 致评估中心

1. 申请日期

2. 除社区服务办公室之外的其他介绍机构的名称 (即医院、监狱、戒毒所等, 若适用)

3. 介绍机构电话号码

4. 患者的类型 (在所有符合的方框中打钩)

☐ TANF ☐ PPW ☐ ADATSA ☐ SSI/GAX ☐ 其他 _____

5. 优先群体

☐ 怀孕 ☐ 儿童保护服务中心介绍 ☐ 静脉药物 ☐ 住家/孩子 ☐ 普通 ADATSA (无优先权)

6. 上述患者为 (在适当的方框内打钩):

☐ 申请人 ☐ 现户 ☐ 从另一机构转来

☐ A. 患者符合 TITLE XIX CNP 条件。 PIC号码: _____

☐ TANF ☐ SSI ☐ 其他 _____ 或 ☐ 附上医疗卡打印件

☐ B. 仅申请ADATSA服务

☐ C. ☐ ADATSA 和 GAU (申请两者) ☐ 符合GAU条件 ☐ GAU资格正在审核中

☐ D. 其他被介绍的理由? _____

7. ☐ 其他伤残/健康问题: _____

☐ A. 等待其他评估报告 (请写明种类和日期) _____

☐ B. 医疗/心理资料 ☐ 有关筛选资料

☐ C. 患者的特殊需要 描述: _____

8. 备注/其他 _____

9. 财务人员/本案经理

电话号码

10. 社会工作者

电话号码

工作人员填表须知

The initiating worker:

1. Enters the referring community Services Office (CSO) name and current date.
2. Completes Section A, including the client's full name. The full middle name (not just initial) is requested.
3. Completes Section B when the assessment appointment is established.
4. Completes Section C:
 - A. Item 1 designates date the application was initiated.
 - B. Completes Items 2 and 3 by entering the name and telephone number of the agency or other entity that prompted the individual to seek chemical dependency services.
 - C. Item 4 designates client's program type(s).
 - D. Completes Item 5 designating the client's priority category by:
 - 1) Checking "Pregnant" for anyone currently pregnant or up to two months postpartum;
 - 2) Checking "CPS Referral" for anyone that is a direct referral for chemical dependency services from Children Protective Services;
 - 3) Checking "I.V. Drug" for anyone that is an intravenous drug user;
 - 4) Checking "HH/Children" for individuals with children in the home;
 - 5) Checking "No Priority" for everyone not included in the first four priorities.

NOTE: If the client is pregnant, contact the local assessment center immediately for an assessment, as these individuals are fast tracked through the assessment process.

- E. Completes either A, B, or C in Item 6, as appropriate. If Item A is checked, indicate Title XIX the PIC code for medical coverage.
5. Completes Items 7 and 8 as needed. Checks Item 7C if the client has a special need.
6. Completes Items 9 and/or 10 with the names and telephone numbers of the referring financial and social workers.